



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

DDD 주정부 생계보조비(SSP) 수혜자격 점검 리스트

ELIGIBILITY CHECKLIST FOR

DDD STATE SUPPLEMENTARY PAYMENTS (SSP)

레지던셜/가족 지원 서비스(Residential/Family Support Services)

날짜

수혜자 이름	수혜자 ID 번호	지역
생년월일	소셜시큐리티 번호	C/RM

SSP 수혜자격 기준

- 발달장애부의 서비스 수혜자격에 하자가 없는 사람이어야 함.
- 반드시 현재 SSI 현금 보조금을 받을 자격이 되거나 받고 있는 사람 또는 나중에 DAC 혜택을 제외한 SSI를 받을 자격이 될 사람이어야 함.
- 2002년 8월부터 현재까지 주정부 기금으로 제공되는 서비스 대신에 SSP를 받은 사람이거나 2001년 3월에서 2006년 6월 사이에 주정부 기금으로 제공되는 서비스를 받은 사람이어야 함.
- 주정부 기금으로 제공되는 서비스가 계속 필요한 사람이라는 것을 입증해야 함.
- 한 가지 이상의 서비스 분야에 대해 SSP를 받을 자격이 있는 사람일 경우.

SSI 수혜자격 여부

	예	아니오
현재 SSI 현금 보조금을 받을 자격이 있거나 받고 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAC 혜택을 제외한 SSI 수혜자격이 있는 사람입니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

두 질문에 모두 '아니오'라고 답하셨을 경우 SSP 수혜자격이 없습니다.

프로그램 수혜자격 여부

2002년 8월에서 현재까지 다음 중 하나 이상의 프로그램 대신에 SSP를 받았거나 2001년 3월에서 2003년 6월 사이에 수혜자격이 있는 어떤 서비스를 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
현재 다음 중 하나 이상의 프로그램을 통해 주정부 기금으로 제공되는 서비스를 받을 필요가 있는 사람입니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
해당 사항에 모두 체크하십시오.		
가족지원 서비스	<input type="checkbox"/>	
레지던셜 지원서비스 (Residential Services) (1099 서비스만 해당)	<input type="checkbox"/>	
자원 배치 프로그램(Voluntary Placement Program)	<input type="checkbox"/>	
성인 패밀리 홈(Adult Family Home)	<input type="checkbox"/>	
성인 입소 요양 시설(ARC: Adult Residential Care)	<input type="checkbox"/>	
DDD 그룹홈(Group Home)	<input type="checkbox"/>	
서포트 리빙(Supported Living)	<input type="checkbox"/>	
대체 리빙(Alternative Living)	<input type="checkbox"/>	
에이전시 어텐던트 케어(Agency Attendant Care)	<input type="checkbox"/>	
컴패니온 홈(Companion Home)	<input type="checkbox"/>	
서비스 얼라운스/수혜자 얼라운스(Service Allowance/Client Allowance)	<input type="checkbox"/>	

상기 질문 중 '아니오'라고 답한 부분이 있으면 SSP를 받을 자격이 없습니다.

상기인에 대한 SSP 수혜자격은 다음과 같습니다. ☐있음 ☐없음

수혜자의 이름

수혜자 혹은 수혜자의 대리인이 작성하십시오.

보조금관리자

본인이 SSP 보조금을 받는 기간 동안 저의 보조금을 아래 본인의 SSP 보조금 관리자에게 송금하는 것에 동의합니다.

이름	전화번호	수혜자와의 관계
주소	시	주 우편번호

서비스 제공처 정보

SSP 수혜자격은 해당 서비스 필요에 따른 평가에 따라 결정됩니다. 생활환경(상황)이나 레지던셜 지원 서비스 제공처(**Residential Support provider**)를 변경할 경우 필요한 서비스 수혜여부에 영향을 받을 수 있습니다. 귀하의 레지던셜 지원서비스 제공처의 이름을 제공해 주시기 바랍니다.

서비스 제공처/프로그램 이름	전화번호
-----------------	------

수혜자와 보조금관리자의 책임

- 본인은 본인의 서비스 제공처를 변경하려 할 경우 DDD 케이스/리소스 매니저나 사회복지 담당자에게 연락할 것에 동의합니다.
- 본인은 SSI 현금보조금에 대한 본인의 수혜자격에 변경사항이 있을 경우 DDD에 통지할 것에 동의합니다.
- 본인은 본인의 생활에 어떤 변경 사항이 있을 경우 DDD에 통지할 것에 동의합니다.
- 본인은 본인의 보조금관리자가 변경될 경우 DDD에 통지할 것에 동의합니다. 본인은 SSP 보조금 관리자에 관한 정보를 받았습니다.

서명한 후 이 페이지를 DDD로 보내주십시오.

본인은 이 서류에 기입한 모든 정보가 정확하다는 것에 동의합니다.

수혜자 혹은 대리인의 서명	날짜
DSHS 공무 담당자의 서명	날짜

사본: 수혜자 서비스 플랜